



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

---

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1940, 17(5): 1281-1288

ISSUE DATE:

1940-09-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205204>

RIGHT:

## 臨 床 瑣 談

### 術前＝總腸間膜ノ存在ヲ知り得タ高度ノ廻盲部重積症

長濱病院外科 長 岡 浩, 古 谷 ハ マ (京都外科集談會昭和15年6月例會所演)

囊＝昭和12年11月本會ニ於テ長岡, 福知ハ横行結腸重積症ノ疑ヒデ開腹タトコロ總腸間ヲ有スル廻盲部重積症デアッタ1例ヲ報告シタガ, 最近コノ時ノ經驗＝基イテ術前＝總腸間膜ノ存在ヲ診斷シ得タ廻盲部重積症ノ1例＝遭遇シタノデ茲ニ追加報告スル。

患 者: 45歳, 男, 農。

主 訴: 腹痛, 惡心, 嘔吐ト腹部腫瘤。

現病歴: 約2週間前カラ輕イ持續性下腹痛ガアツタガ, 3日前カラ蠕動不安ト共ニ疼痛ハ次第ニ増強シテ發作性病痛トナリ, 腹部膨滿, 惡心, 嘔吐ヲ伴ヒ, 上腹部ニ硬結ヲ觸レルニ至ツタ。爾來排便ナク, 硬結ハ漸次左方ニ移動スル様デアルト。

既往症: 18年前＝モコノ様ニ發作性病痛ヲ來シタコトガアリ, 約1ヶ月カ、ツテ徐々ニ輕快シタ。ソノ後モ9回餘リ稍々輕度ノ發作ヲ來シタガ數日ノ安靜デ輕快スルノガ常デアッタ。

現 症: 一般所見: 體格強, 榮養中等, 脈搏100, 緊張稍々不良, 呼吸20, 體溫37.5°C。顔貌苦悶狀デ, 舌苔, 口臭アリ。横隔膜ハヤ、舉上, 胸部臓器, 四肢等＝異常ハナイ。

局所々見: 腹部ハ一般ニ中等度ニ膨滿シ, 週期的ニ蠕動不安ガ發現シ,  $\perp$ グ $\perp$ 音ヲ發シテ消滅スルノヲ見ル。又左上腹部カラ左側腹部ニカケテ長サ約12 cm, 幅6 cm ノヤ、斜下ニ横走スル膨隆アリ, 之ハ蠕動ガナク, 周圍トノ境界ハ殊ニ右方ニ銳, 表面平滑, 彈性硬, 壓痛アリ, 上下ト左ニ大々2.5 cm 右ニ1 cm 移動スル。腹筋緊張ハナク, 殊ニ蠕動鎮靜時ニハ右側腹部ハ抵抗減弱シテ著シク空虚感ガアル。肝, 腎, 脾ハ共ニ觸レズ, 鼓腸ガアリ, 腸音ハ鎮靜性デ時ニ $\perp$ グ $\perp$ 音ヲ聽ク。直腸膨大部: 中等度ニ擴張, 血様物ハ附著セズ。

臨床診斷: 廻盲部重積症。右側腹部ノ空虚ナコト、腫瘤ガヨク動クコトカラ恐ラク總腸間膜ガアルト認ム。

入院時所見(昭和15年17/IV): 一約3時間後＝數里ヲ隔ツタ田舎カラ巡バレテ入院。ソノ間＝腫瘤ハ益々左下方ニ増大シテ左腸骨窩ヲ充シ, 病痛著明。尿所見＝異常ナシ。 $\perp$ 線検査ハ行ハズ。

手術所見: 直チ＝Kirschner氏腰髓麻醉下ニ正中線切開ヲ施シ開腹スルニ, 高度ノ廻盲部重積デソノ先端ハ直腸ニ達シ, 外鞘腸管ハ長サ約35 cm, 逆S字狀ニ屈曲シ, 著シク擴張シテ腸詰様ノ硬度。之ヲ徐々ニ緩解スルニ豫想シタ如ク總腸間膜ガ認メラレ, ソノ根部ハ正常ヨリ右上方ニアツテ稍々狭小デアルタメニ移動性ハ大トナツテキル。重積ノ起始部ハ廻盲辨。蟲様垂ハ正常。ソシテ重積嵌入部, 即チ廻腸下部カラ横行結腸中央部マデノ腸管トソノ腸間膜ハ所屬淋巴腺ト共ニ強ク浮腫様ニ肥厚シテ甚ダシク重ク且ツ脆クナリ, 處々ニJackson氏膜ヲ認メ, 殊ニ特異ナハ廻腸終末部ト結腸起始部トガ夫々約10 cmノ長サニ互リ, 恰モ廻盲部重積症ノ整復縫合ヲ行ツタカノ如ク, 互ニソノ内側腸間膜並ビニ内側壁デ二連銃様ニ固ク癒着シテキルコトデアル。ソコデ廻腸下部カラ横行結腸中央部ニカケテ大キク切除シ, 廻結腸側々吻合トソノ腸間膜間隙縫合トヲ行ヒ, 腹腔ヲ閉ヂテ手術ヲ終ツタ。

切除標本: 廻盲辨附近＝鞭蟲ノ塞團ト若干ノ狹窄ガ認メラレルガ腫瘤潰瘍ハナイ。腸管壁殊ニ結腸壁ハ著シク肥厚シテ厚サ3—10 mm, 極メテ脆ク, 中ニ2條ノ蛔蟲ヲ見タ。

經 過: 創ノ一部ガ感染シタガ一般ニ順調デ, 疼痛去リ, 便通モ1日1行トナツテ術後6週目ニ輕快退院シタ。

考 察: 以上ノ如ク本例ハ術前＝總腸間膜ノ存在ヲ知り得タ高度ノ廻盲部重積症デアル。本例ハ幸ヒ再度ノ經驗デアツタメ, 術前 $\perp$ 線ノ助ケヲ藉ラズシテソノ存在ヲ診斷シ得タガ, 之ハ次ノ2ツノコト, 即チ右側腹部＝著明ナ抵抗減弱乃至空虚感ノアツタコト、Freudenthal, 丸山氏等ノ記載＝モアル如ク, 斯カル場合ノ腫瘤ハ移動性盲腸或ハ廻盲共通腸間膜 Mesenterium

ileo caeci commune ヲ行スルモノニ起ツタ場合ヨリモ遙カニ移動性殊ニ左方移動性ニ富ムコトトニ依ツタモノデアル。コノ場合 Retropositio coli 或ハ Sinistropositio coli ヲモ考慮ニ容レネバナラスガ、之等ガ重積ヲ合併スルノハ更ニ稀デアル。

## 外傷性急性脾臓壊死ノ 1 例

西 村 敏 雄 (京都外科集談會昭和15年6月例會所演)

患 者: 41歳ノ男子。

主 訴: 腹痛。

現病歴: 24/V 午前8時頃(約32時間前)多數ノ反物ヲ積ンデアツツ天井ガ落チテ、ソレト机トノ間ニハサマレ、上腹部及胸部ヲ強く打ツタ。ソノ時机ノ端デ臍ノアタリカラ心窩部ヘ向ツテ強くオサレルヤウナ氣ガシタト云フ。併シ意識不明ニナル程デハナク約10分位シテ助ケ出サレタ。

當時胸部及背部ニ疼痛ガアツタガ、腹痛ハ著シカラズ。唯心窩部ニ鈍痛ヲ訴ヘル程度デアツタ。所ガ午前10時頃カラ俄ニ腹痛ガ強クナリ、特ニ上腹部ニ於テ著シク、持続性デ、鎮痛劑ノ注射ヲ4回受ケタガ殆ド效果ガナカツタ。受傷以來惡心ハアツタガ、嘔吐ハ1回モナカツタ。亦瓦斯排出モ便通モ1回モナイ。食思全ク無ク、睡眠モ障碍サレテキル。

既往症: 生來健康ニシテ14歳ノトキ脚氣ヲ患ヒタル他著患ヲ知ラズ。

現 症(25/V 午後4時): 一般所見: 體格、榮養共ニ中等度、顔貌苦惱狀、口唇ハ輕度ノ $\text{L}$ チアノーゼヲ呈シ乾燥ス。輕度ノ口臭ト舌苔ヲ認ム。皮膚及可視粘膜ノ貧血著シカラズ。黃疸ヲ認メズ。脈搏整、緊張良、1分時約80。心、肺ニハ著變ナク、四肢ノ運動障碍、知覺障碍等ハ認メラレナイ。後頭部及背部ニ挫創アリ。

局所所見: 患者ハ右側臥位ヲトリ、體ヲ海老ノ如ク屈シテ轉軀反側ス。腹壁ニハ全ク損傷ヲ認メズ。腹部ハ一般ニ稍々膨滿シ、特ニ上腹部ニ於テ強シ。蠕動不穩、靜脈怒張等ハ認メラレズ。觸診スルニ、腹壁緊張強ク板狀硬ニシテ、壓痛強ク、ブルムベルグ氏症候ヲ認ム。コレ等ノ所見ハ右季肋部ニ特ニ著明デアル。肝濁音ハ消失セズ、肺肝界ハ右乳線ノ上第Ⅵ肋骨ノ高サニアリ。直腸壺部ハ擴大セズ、 $\text{D}$ ーグラス氏腔ニハ膨隆、熱感、壓痛等ナク、挿入セル指頭ニ血液ノ附着モナイ。

血液像: 赤血球455萬、血色素80% ( $\text{G}$ ーリー)、白血球13500、中性嗜好白血球79% (桿狀形28%, 分葉形51%), 淋巴球16%, 大單核細胞及移行形5%。

尿所見: 褐色、透明、中性、比重1022、蛋白(+), 糖(-),  $\text{L}$ グメリン<sup>1</sup>,  $\text{L}$ インヂカン<sup>1</sup>,  $\text{L}$ デアヅォ<sup>1</sup>反應共ニ陰性、沈渣中ニハ赤血球及少數ノ白血球ヲ認メ、大腸菌1視野ニ5個。

診 斷: 受傷後約2時間ヲ經テ始メテ強イ腹痛ヲ訴ヘテ來タコト、脈搏ノ性狀ガ良好ナコト、腹膜炎ノ症狀ガ上腹部ニ強ク、且ツ肝濁音ガ消失シテキナイコト、受傷後32時間ヲ經過シテキルノニ、尿中大腸菌ガ1視野ニ5個ニ過ギナイコト、等ヨリシテ、胃腸管ノ穿孔性腹膜炎トシテハ首肯セラレヌ點ガ多カツタガ、トニカク acute Abdomen トシテ開腹術ヲ行ツタ。

手術所見:  $\text{L}$ ヌベルカイン<sup>1</sup>腰髄麻酔ノモトニ正中切開ニヨリ開腹。腹膜前脂肪組織ニ灰白色點狀ノ脂肪壊死ヲ認メ、一見シテ脾臓壊死ノアルコトヲ知ル。腹膜ハ高度ニ充血シ、點狀ノ出血點ヲ認ム。大網膜ハ sulzig トナリ、灰白色點狀ノ脂肪壊死ヲ認ム。腹腔内ニハ中等度ノ血性滲出液ガアリ、コレヲ吸引シツツ檢スルニ、幽門部ヨリ十二指腸下行部ニカケテ漿膜下出血ガアリ、血腫ヲ形成ス。肝臓、膽嚢ニハ變化ヲ認メズ。横行結腸ノ略々中央部ニモ漿膜下出血アリ。胃結腸靱帶ヲ透シテ、網膜嚢内ニ暗黒色緊滿セル腫瘤ヲ認ム。胃結腸靱帶ヲ開クニ、僅ニ血性滲出液アルノミニシテ、脾臓部ニ一致シテ、腹膜下ニ驚卵大ノ血腫ヲ形成ス。腹膜ニハ著シキ損傷ヲ認メズ。腹膜ヲ切開シ血液ヲ吸引スルニ、脾臓體部ニバ變化ヲ認メザルモ頭部ノ略々中央部ニ於テ、長軸ニ直角ニ約 1/3 挫滅セラレ、コレヨリ尖端ノ頭部ハ暗黒色ヲ呈シ、壊死ニ陥レリ。コノ部ニ $\text{L}$ シガレット ドレーン<sup>1</sup>ヲ挿入ス。

術後経過：順調デ、第4日マデハドレーン<sup>1</sup>ヨリ中等度ノ血性滲出液ノ排出ガアリ、第5日ヨリハ滲出液ニハ血液ヲ混ゼズ全ク透明トナル。第6日目ヨリ徐々ニドレーン<sup>1</sup>ヲ短カクス。第10日頃ヨリ滲出液ノ排出減少シ始メ、第14日ニハ殆ド排出ナクドレーン<sup>1</sup>ヲ除去ス。第15日ニハ穿孔閉塞シ、現在ハ腹壁ニ小創ヲ残スノミデアル。

尿中<sup>1</sup>デアスターゼ<sup>1</sup>量：術前採取シタ尿ニツイテ、術後<sup>1</sup>デアスターゼ<sup>1</sup>量ヲ測定シタ所  $2^{10}=1024$  デ著明ニ増加シテキタ。術後ノ尿中及血清中<sup>1</sup>デアスターゼ<sup>1</sup>量竝ニ血糖ハ次表ノ如シ。

考 察：脾臓ハソノ解剖學的的位置ヨリシテソノ皮下破裂ハ之ニ加ハル外力ガ前下方カラ後上

	尿中 <sup>1</sup> デアスターゼ <sup>1</sup>	血清中 <sup>1</sup> デアスターゼ <sup>1</sup>	血 糖
25/V (術前)	$2^{10}=1024$		
26/V	$2^{10}=1024$	$2^7=128$	
27/V	$2^6=64$		
28/V	$2^6=64$		
29/V	$2^6=64$		
30/V	$2^6=64$		120 mg%
31/V	$2^6=64$		
1/V	$2^6=64$	$2^5=32$	130 mg%
2/V			100 mg%
6/V	$2^7=128$		
7/V	$2^5=32$		
10/V	$2^5=32$		
17/V	$2^5=32$		

方ニ向ツテ作用シタ場合、即チ脾臓ヲ強く脊柱ニ向ツテ壓迫シタトキニ起リ易ク、從ツテ破裂ノ方向ハ一般ニハ長軸ニ對シテ直角或ハ多少斜デアツテ而モ脊柱ノ近クニ起ルノヲ常トスル。我々ノ例モ脊柱ニ近キ頭部ニ於テ長軸ニ對シテ直角ニ約  $1/3$  破裂シテ居タモノデ、之レハ脾ノアタリカラ心窩部ニ向ツテ強く机ノ端デオサレタノデアツテ、同様ノ機轉ニヨリ破裂ヲ來シタモノト考ヘラレル。

若年者及壯年者ノ脾臓ハ血管ニ富ミ且ツ結締組織ガ少イ故ニ破裂シ易ク、老人ハ腺質結締組織多クシテ比較的強靱ナルヲ以テ破裂シ難シトサレテ居ル。我々ノ例ハ41歳ノ強壯ナル男子デアツタ。脾臓破裂ニ特有ナ臨床的所見ハ認メラレナイ。從ツテ之ヲ術前ニ診斷スルコトハ相當困難デアル。唯此ノ際、尿中<sup>1</sup>デアスターゼ<sup>1</sup>ノ増量ハ相當有力ナル診斷指針トナルモノト考ヘラレル。何レニシテモ多クノ場合隣接臓器ノ損傷ヲモ伴ヒ、ソノ豫後ハ重篤デアルカラ、可及的速ニ觀血的療法ヲ行フベキデアラウ。我々ハ受傷後32時間目ニ手術シテ救命シ得タ。

### 手術後全身轉移ヲ惹起セル Hypernephrom ノ 1 例

渡 邊 三 喜 男 (京都外科集談會昭和15年6月例會所演)

患 者：65歳，女(昭和15年15/V入院)

主 訴：腹部無痛性腫瘤並ニ羸瘦。

現病歴：約15年前右腹側ニ鶏卵大ノ無痛性腫瘤アルニ氣付ケルモ、他ニ自覺症無ク、放置セル所、次第ニ増大シ、本年2月ヨリ腹部ニ鈍痛ヲ來シ、4月中旬ヨリ背部ニ神經痛様疼痛アリ、腫瘤ハ本年ニ入リテ急激ニ増大シ、食慾不振、羸瘦著シク、起床不能トナレリ。發病來胃症狀ヲ來セシコト無ク、血尿、尿閉並ニ糞便ノ異變等ヲ來セシコトモ無シ。4月中旬ヨリ大便失禁セリ。

現 症：一般所見；體格中等、著シク羸瘦、顔貌稍々苦悶狀ヲ呈ス。皮膚並ニ可視粘膜ニ貧血、黃疸色ヲ認メズ。脈膊稍々頻數、緊張良、整正。頭部、心、肺、四肢並ニ脊柱ニ異常ヲ認メズ。

局所所見：右腹側ニ小兒頭大ノ腫瘤、左肋骨弓下ニ拇指頭大ノ腫瘤アリ。何レモ被蓋皮膚ニ異常無ク、蠕動不穩ヲ認メズ、局所ノ溫度上昇無シ。右側腫瘤ハ小兒頭大ニシテ、右肋骨弓下ニアリ、横徑、縦徑共ニ10 cmノ球狀ヲ呈シ、彈性軟、下緣ノミ彈性硬、表面平滑、周圍トハ境界劃然タルモ、移動性不良ニシテ又

呼吸性移動ナク、著明ナル波動ヲ證明シ、中央部＝壓痛アリ。左側肋骨弓下指頭大ノ腫瘤ハ皮下ニ存シ、彈性硬、皮膚及ビ周圍組織トノ移動性良好ナリ、波動ヲ證明セズ。腹部一般＝Défence musculaire、腹水ヲ認メズ。右腎ハ腫瘤ト別個ニ觸レ、壓痛ナシ、左腎ハ觸レズ。

血液：赤血球數375萬、血色素量71%（ザーリ）、白血球數12,050、中性多核白血球85%、ArnesノIV、V型多數存ス。又、胸骨穿刺ニ依ル骨髓像＝著變無シ。赤血球沈降速度：中等價48、強度＝促進セリ。

マントー氏反應：陰性。ワツセルマン氏反應、ザツクス、ゲオルギイ氏反應：共ニ陰性。

レ線検査：腫瘤ハ十二指腸及其他腸管ヲ左方ヘ、殊ニ肝彎曲ハ著シク左下方ニ壓排セラレ、上行結腸ハ腫瘤ヲ正中側ニテ圍繞セリ。腫瘤ハ周邊部ニ石灰化アリ、cystischナルヲ物語ル。

以上ヨリ腫瘤ノ發生部位ハ腹膜外ニシテ、且結腸々間膜トハ無關係ナリ。

膀胱鏡検査並ニ腎盂撮影：膀胱ハ正常、輸尿管カテーテルハ兩側抵抗無ク挿入シ得、夫々スギウロン<sup>1</sup> 8ccニテ腎盂撮影ヲ行フニ、右輸尿管ハ腫瘤ニ強ク壓迫セラレ、正中線ニ向ヒkonvexノ弧ヲ畫キテ走行ス。即ち腫瘤ハ後腹膜ノモノナリ。腎盂ハ前後ニ壓迫サレタルモ、其位置ハ第Ⅲ腰椎部ニテ正常ナリ。

診斷：後腹膜＝發生セル囊樣腫瘍並ニ皮膚轉移。

手術：右腹側腫瘤上ニ約30cmノ弓狀切開ヲ加ヘ腫瘤ニ達スルニ、腫瘤ハ囊腫樣ニシテ、腹膜外ニアリ、且一部ハ腹膜ト密ニ癒着セリ、後方ニ於テハ後腹膜ノ筋肉ト癒着存スルモ、腎並ニ輸尿管トハ無關係ナリ。黃色泥土樣ナル内容ヲ排除シタル後、周圍トノ癒着ヲ鈍的ニ剝離シ、囊樣腫瘍ヲ剔出セリ。又、左側肋骨弓下ニ約4cmノ皮切ヲ加ヘ、皮下脂肪組織中ニアル赤褐色ノ腫瘍ヲ容易ニ剔出セリ。

組織學的所見：左側肋骨弓下皮下ノ腫瘍ハ定型のHypernephromナリ。右側囊樣腫瘍ノ壁ヲ檢鏡スルニ、壊死強度ニシテ、コレノミヨリシテハ確定的診斷ハ困難ナルモ、左側皮膚轉移ト比較對照スルコトニ依リ、中心壊死ノ爲囊樣ト成レルHypernephromナルヲ知ル。特殊染色ニヨリLipoid及Glykogen顆粒證明セラレタリ。

腫瘍ノ<sup>1</sup>イムベデン<sup>1</sup>現象：100:51.8、即チ強陽性ナリ。

手術後發生セル皮膚轉移：手術後9日目ニ右肋骨弓下皮下ニ小指頭大ノ轉移生ズ。續イテ胸部、脊部、上肢＝總計約30ヶニ及ブ皮膚轉移ヲ生ジ、食欲不振、衰弱加リ、手術後1ヶ月ニシテ遂ニ鬼籍ニ入ル。

腹部剖檢所見：腎、副腎、小腸、腸間膜、膽嚢、肝、腹膜ニ多數粟粒大ノ轉移アレ共、原發癌ト推定サル如キ腫瘍ヲ見出サズ。

考察：1) 本症例ハ右側後腹膜＝發生セル小兒頭大囊腫樣腫瘍並ニ皮膚轉移＝就キ、組織學的檢索＝依リ初メテ、ソノHypernephromタルヲ知り得タル興味アル症例ナリ。現病歴、諸檢査、手術所見、剖檢所見ヨリ後腹膜＝生ゼル腫瘍ガ原發ニシテ、良性腫瘍トシテ徐々ニ發育シ、最近惡性トナリ、轉移ヲ生ゼルモノト推察セラル。2) Hypernephromハ多ク腎ニ發生シ、本例ノ如ク後腹膜＝發生スルコトハ極メテ稀ナリ。3) Hypernephromノ轉移ハ全身殆ンドアラユル部ニ發生シ得ルモ、本例ノ如ク短時日ニ播種樣ニ全身ニ發現スルハ興味アリ。4) 本症例ニ於テ腫瘍ノ<sup>1</sup>イムベデン<sup>1</sup>現象ノ強陽性ナルハ、興味アル新事實ナリ（詳細ハ後日發表ノ豫定ナリ）。

### 多發性先天性關節強直ノ1例

三 吉 武 敏、山 田 憲 吾（京都外科集談會昭和15年4月例會所演）

患 者：西〇正、14歳、男子、農、（和歌山縣）

主 訴：四肢關節ノ運動制限。

既往歴及ビ現病歴：満期安産人工榮養、8ヶ月ニシテ創生シ15ヶ月ニシテ歩行ヲ初メタリ。其頃兩親ハ脚ヲ投ゲ出シテ坐ル習癖ニハ氣付キ居タルモ常人ノ如ク正坐シ得タリヤ否ヤハ知ラザリキ。6歳ニ至リ初メテ

正坐ノ不能ナルヲ識リ且ツ四肢諸關節ニ生來存シ居リシ多少ノ運動制限モ漸ク顯著トナリ來リシニ氣付ケリ。爾來醫治ヲ受ケ、種々ノ物理的療法ニヨリ多少ノ輕快ヲ見ルコトアルモ治療ヲ中止スレバ再び舊ニ復スルヲ常トセリ。現在諸關節運動制限ハ其ノ度ヲ増加シタルトモ思ハレズ。6歳當時ト略々同様ノ状態ニアリト云ハル。生來全身諸關節ノ有痛性腫脹ヲ來シタルコトナシ。

家族歴：兩親ハ血族結婚ニシテ同胞中ニ本患者ト同様ノ疾患ト思ハレル者アリ。即チ第3番目ノ妹ガ兩手5指ノ伸展不全ガ有リ年齡ノ割ニ身體ガ小サイ。血族間ニハ痲痺斯性疾患ヲ發見シ得ズ。

現症：體格稍々小、榮養中等度、胸腹部諸臟器ニ著變ヲ認メズ。脊椎又異常ナシ。

局所所見：上下肢共ニ全般的ニ輕度ノ皮膚、皮下組織ノ萎縮ヲ認メ各關節ハ外觀上イヅレモ小ニシテ、ソノ輪廓ハ一見丸味ヲ缺キ其ノ軟部組織發育ハ不全ナリ。且ツ關節囊ノ限局性腫脹、又ハ陥沒、壓痛等ハ證明セズ。四肢關節ハ何レモ自動的、他動的ニ制限ヲ發見ス。

特ニ兩側膝關節ニハ上述所見ノ外ニ膝蓋骨ノ移動性ハ正常ニ比シ少シク不充分ニシテ4頭股筋腱ハ硬直緊張シ、膝蓋躍動ハ證明セズ。又兩側肘關節モ注目スベキ所見トシテハ贅疣突起先端ハ圓鈍シ且ツ軟骨性硬ナル點アリ(廻前廻後障礙ナシ)。

手ノ關節ハ背屈制限ヲ認メル外著變ナク、掌指關節指間關節ハ孰レモ各運動著明ニ制限セラル。足關節ハ背屈制限少シク存スル外著變ナク趾趾關節趾關節ハ正常ニ比シ運動範圍少シ。

レ線學的検査：兩側膝關節ノ兩端骨部ニハ異常ヲ認メズ。膝關節關節内空氣注入撮影術ノ所見ハ關節腔ハ著シク狹小ニシテソノ上窩ハ辛ジテ膝蓋上方ニ2.5cmニ達スルニ過ギズ。滑液膜面並ニ半月狀板ニハ異常ヲ認メズ。兩股關節、足關節趾關節ニハソノ關節面ニ異常ヲ證明セズ。兩肩胛關節、肘關節、手關節、背關節面ニモ著變ナシ。但シ肘關節ニハ骨核出現遲延セルヲ見ル。

血液像：殆ド正常像ヲ呈ス。尿所見：異常ナシ。赤血球沈降速度：平均值22。血清微毒反應：陰性。藥理的反應： $\Delta$ アドレナリン $70.5\text{cc}$ ニ對シ弱陽性、 $\Delta$ ピロカルピン $70.25\text{cc}$ ニ對シ強陽性、 $\Delta$ アトロピン $0.3\text{cc}$ ニ對シ弱陽性。マントー氏反應：陰性。

先づ患者ノ正坐可能ノ希望ニヨリ膝關節ノ親血的可動術ヲ施行セリ。

12/Ⅰ右膝關節ブッチ氏手術變法：即チバエール氏皮膚切開ニヨリテ着手シM. vastus medialis 及ビlateralisノ筋ガ4頭股筋腱ニ移行スル部ニ於テ切斷シ、ソノ腱ノミヲ舉上シ之ヲZ字狀ニ切斷反轉シ關節囊ニ達ス。關節囊ハ全體トシテ小サクソノ上窩ハ異常ニ小サク膝蓋骨上方4cmニ達シ居ルニ過ギズ。關節靱帶ハ全體トシテ短縮シ、特ニLig. collaterale, Lig. cruciatum, Plica synovialis patellaris等ハ孰レモ短縮肥厚シ肝底様ニ見ユ。但シ滑液膜面ニハ變化ヲ認メザリキ。依ツテ此等靱帶ヲ切斷シ可動術ヲ行フニ完全ニ屈曲セシメ得タリ。然ル後關節囊ヲ縫合シ4頭股筋ヲ延長シテ縫合ヲ行ヒ、筋及ビ皮膚ヲ縫合シ手術ヲ終レリ。術後1週間ニシテ手術創ハ第1期癒合ヲ營ミ術後約1ヶ月ニシテ右膝關節ハ完全ニ屈曲セシムルヲ得タリ。然シナガラ本手術後ニ於テハ右膝關節ニ於ケル伸展力ハ著シク減弱セルヲ認メタリ。

次ニ8/Ⅱ左側膝關節ニ對シテ前手術ニ鑑ミソノ方法ハ4頭股筋腱ノ延長ヲ行ハズシテ單ニ關節囊ヲ開キ此ニ附隨セル靱帶ヲ切斷シタルノミニシテ充分ナル屈曲ヲ可能タラシメタリ。此ノ際左側膝關節囊モ又右側ノソレト同様著シク狹小ニシテ關節靱帶ハイヅレモ短縮肥厚シ肝底様ニ見ユ滑液膜面ニハ著變ヲ見ザリキ。手術創ハ第1期癒合ヲ營ミ、術後1ヶ月ノ現在ハ殆ド足踵ヲ臀部ニ接セシムルヲ得。且ソノ右側膝關節ニ於ケルヨリモ左側膝關節ノ伸展力ハ著シク強大ニシテ殆ド正常ニ近シ。

摘出セル關節囊ノ組織學的所見トシテハ滑液膜面ニハ著變ナク、現在進行中ノ炎性變化ハ認メ難ク且ツ血管及ビ血管周圍ノ變化モ發見シ得ズ。唯結締織ガ入り亂レテ増殖シヤ、肝底様變化ヲ見、所々ニ粘液性變性ヲ認ム。

考察：本例ハ現病歴ニ見ルガ如ク生後何等ノ四肢關節炎癰モ經過スルコトナクシテ、左右略々對稱性四肢全關節ノ不全強直ノ状態ニアルモノニシテ、生後直ニ家人ニ依リテ注意セラレ居ル所ナリシモ6歳頃ニ至リ正常兒童ノ如キ關節運動ヲ要求スルニ當リ、漸ク其症狀モ顯著ナ

ルヲ識ラレタルモノナリ。從ツテ此ノ發生ハ既ニ子宮内ニ於テ發現シ居リタルモノナラザルベカラズ。然レドモ他ノ多クノ先天性ノ關節強直ノ如ク子宮内ノ強制位置ニヨリカ、ル四肢全關節ノ略々對稱性ノ不全強直ノ起リタルモノナリトハ思考シ難キ所ナリ。而シテ本例ニ於テハ骨核ノ出現ガ一般ニ遲延シ居ル外ニハ其ノ關節構成ノ骨部ノ異常ハ著明ナラズ、且ツ其ノ兩側膝關節ノ手術所見並ニ其ノ治療上ノ經驗ヨリソノ運動制限ガ主トシテ關節囊ノ狹小ニヨリテ惹起セラレ居ルヲ知り得タリ。而シテ其ノ滑液膜及ビ短縮肥厚セル靱帶ノ顯微鏡の所見ヨリスレバ少クトモ現在進行性ノ炎衝性變化ハ全然發見シ得ズシテ結締織ノ肝臓様増殖及ビ粘液様變性ヲ認メルノミナリ。此レガ子宮内ニ於ケル多發性癱瘓質性疾患又ハ他ノ全身性變化ノ結果生ジタルモノナリヤ、家族遺傳的退行性變化ニヨリ招來セラレタルモノナリヤ、將又第一次的ノ關節囊ノ胚基異常ニヨリ惹起セラレタルモノナリヤ不明ナルモ、ソノ關節強直ノ度ハ家人ノ言ニヨレバ、生後ヨリ今日マデ何等増加シ居ラズトセラレ、且ツ家族歴ニ於テモソノ畸形發生ニ好條件ヲ與フベキ父母ノ血族結婚ヲ發見シ同胞ニモ手指ノ先天性強直ノ如キ疾患ヲ發見シ得ル等ノ點ヨリ、本例ハ胚基異常ニヨル、主トシテ關節軟部ノ Hypoplasie ニ依存スルモノナランカト考ヘラレル。

先天性關節強直ハ文獻的ニ徵スルモ少數ノ關節又ハ一局部ノ強直アルモノハ屢々見ラルル所ナルモ本例ノ如ク全關節ニ略々對稱性ニ出現セルガ如キモノハ稀デアリ、ソノ性情モ皮膚性、筋肉性、骨性、軟骨性、神經性ノモノニシテ本例ノ如ク關節軟部ノ Hypoplasie ニヨルトミラルルモノハ未ダコレヲ聞カズ。

## 再發性骨髓炎ノ骨瘻ニ發生セル扁平上皮癌ノ1例ト骨瘻閉鎖法ニ關スル1知見

山 田 憲 吾 (京都外科集談會昭和15年4月例會所演)

第1例 患 者：白○菊○，46歳，男子，(昭和14年30/V入院)

主 訴：左脛骨前面ニ長期存在セル潰瘍。

現病歴：約30年前(16歳ノ時)左脛骨急性化膿性骨髓炎ヲ病ミ，其ノ際加ヘラレシ切開創ハ約1ケ年ヲ要シテ殆ド痂皮下ノ治癒ヲ營メルガ如キ狀態ニアリシモ，時々其ノ痂皮ハ剝落シ潰瘍面ヲ露出シ，又一定時日ヲ要シテハ痂皮ヲ以テ覆ハルルガ如キコトヲ最近マデ反覆シ來レリ。

局所所見：脛骨ハ一般ニ肥厚シ且ツ少シク延長シ其ノ内側面ニ於テ，左脛骨突起ノ高サヨリ内踝ノ高サニ至ル不整形紡錘狀ノ基底ト癒着セル瘻痕存シ，其ノ中央部8糎ノ長サニ互リ大部分黒褐色痂皮様物ヲ以テ蔽ハレタ肉芽面アリ，一般ニ隆起シ一部健康ナルモ大部分ハ恰モ惡性腫瘍ノ肉芽面ニ見ルガ如キ花甘藍狀ヲ呈セリ。又2個ノ粗糲ナル骨面ヲ露出セル部アルモノソノ部ノ骨片ノ可動性ハ證明シ得ズ。

31/V 1939肉芽ノ組織學的検査ヲ行ヘシニ慢性肉芽腫ニ過ギザリシモ數回ノ搔爬並ニ腐骨切除ルリツシュ氏手術等行ヒシモ著效アラズシテ遂ニ同年11月肉芽ハ扁平上皮癌變性ヲナシ居ルヲ知り 19/X 1939大腿下1/3ニ於テ切斷シ鼠蹊下淋巴腺ノ清掃ヲ行ヒタリ。手術創ハ何レモ第1期癒合ヲ營メリ。

考 案：本例ハ46歳ノ男子ノ再發性骨髓炎ノ骨瘻ニ發生セル扁平上皮癌ニシテ，カカル例ハ比較的稀ノモノナリ。併シナガラ同様ナル例ハ屢々文獻ニモ散見スル所ニシテ一般ニ男子ニ多ク，部位トシテハ下肢ニ多ク就中脛骨瘻最モ多ク，大腿骨瘻之レニ次グ。ソノ年齡ハ一般ノ發癌年齡ト大差ナシ。何レニセヨコノ骨瘻ヨリ扁平上皮癌ノ發生ガ10年・20年・50年ト云フガ如キ永キ瘻孔ノ存在ヲ前驅トシテ，ソノ潰瘍肉芽面ヨリ忽



然ト癌發生ヲ見タルモノニシテ其ノ肉芽面ニ對スル長期慢性ノ機械的、化學的又生物學的刺激ハ其ノ旺盛ナル再生過程ヲ誘起シ、カクテソノ增生肥大ガ遂ニ癌前驅症の變化ニマデ進行シ其ノ一部ハ突然破壊浸潤性ノ癌性變化ヲ出現シタルモノナルベク、Königノ所謂 *Erworbener Krebs* ナル範疇ニ括セラルベキモノナラン。從ツテカカル治癒困難ナル潰瘍ハ慢性骨髓炎ノ骨瘻ノ存在ト共ニ永存スベキモノニシテ此ノ骨瘻ノ處置ガ適當ニシテ短時日ノ間ニ全治セシメ得ルナラバ唯ニカカル癌前驅症の病竈ヲ抹殺シ得ルノミナラズ患者ノ精神の肉體の苦痛並ビニ經濟的負擔モ輕減セシメ得テ健全ナル社會的活動ヲ容許スルニ至ルベシ。

第2例 患者：高○源○，29歳，男子，(昭和15年1/Ⅳ入院)

現病歴：約15年前本院ニ於テ右大腿急性化膿性骨髓炎ノ診斷ノ下ニ入院シ，右大腿上ニ6ヶ所ノ切開ヲ受ケ，約9ヶ月入院加療ニ依リ右大腿下部内側ニ1個ノ骨瘻ヲ殘セルノミニシテ他ハスベテ癒痕性ニ治癒ヲ營ミテ退院セリ。爾後創傷治療ヲ受ケ居ルコト15年，然レドモ今日ニ至ルモ尙右大腿下部内側ノ骨瘻ハ，依然トシテ閉鎖セズ。

局所所見：右大腿ハ筋ノ輕度ナル萎縮及ビ股關節，膝關節不全強直，大腿骨硬化肥大，且ツ前述6個ノ手術癒痕アリキ。内下方ノ1個ハソノ中央ニ口唇瘻ヲ有シ，深サ約6釐基底ニ腐骨ヲ藏セリ。

8/Ⅳ1940腐骨切除及ビ骨髓形成術，3/Ⅴ1940右大腿リッツシュ氏手術ヲ行ヒ，ソノ效果最モ顯著ナル5日目に莖筋肉瓣充填法ヲ施行セリ(第2圖)。即チ大腿下部前面ニ約12cmノ皮膚切開ヲ施シ *M. vastus med.* ノ一部ヲソノ附着部ヨリ離斷シ幅3釐長サ10釐ノ短冊形ノ有莖瓣トシテ筋膜下ニ於テ此ヲ内方ニ移動セシメ瘻孔ノ近傍ニ持チ來セリ。カクシテ筋膜ヲ基底ト共ニ縫合シ大腿前面ノ手術創ノ感染ヲ防ギ皮膚縫合ヲ行ヘリ。次ニ大腿下部瘻孔周圍ノ皮膚ヲ圓形切除ヲ行ヒ，筋膜下ヨリ前述ノ有莖筋肉瓣ヲ引出シ骨瘻内ヲ輕ク搔爬シ充分ナル止血ノ後筋肉瓣ヲ固ク充填シ，此ヲ「カッタグット」ヲ以テ固定シ，骨瘻内ニ1本皮下ニ1本ノ細キ「タンボン」ヲ挿入シ創ハ一次的ニ閉鎖セリ。手術後1週間毎日「コクチゲン」及ビ「ズルフオンアミド」劑ヲ併用シ，8日目拔糸，創ハスベテ第1期癒合ヲ營メリ。

考察：瘻骨瘻ノ治療法トシテハ感染性異物ノ摘出，骨髓形成法等ガ行ハレ居ルモ，此レ必ズシモ總テニ對シテ満足のナル結果ヲ與フルモノニハアラズ。即チ骨髓形成法ハソノ部位ニヨリアルル一定ノ制限ヲ受ケ，又一方癒痕性收縮ニヨル治癒ハ胼胝性瘻ノ形成ヲ招來スルコトニヨリ又一定ノ制限ノアルコトヲ知ルベシ。茲ニ於テ積極的ニ種々ナル有機物又ハ無機物ニヨル骨髓充填ヲ行ハントスル方法アレドモ，此ノ多クハソノ局所ニ於テ感染性異物ニ變ズルニ過ギザルニ至ルベク，ソノ結果多クハ不良ナリ。此レニ代リ脂肪組織又ハ瘻孔周圍ノ癒痕組織ノ有莖瓣充填法ハアレドモ，ソノ任意ノ大サニ調製シ得ル點ニ於テ，又止血作用顯著ナル點ニ於テ，血行良好ナル點ニ於テ，將又ソノ吸收作用ノ旺盛ナル點ニ於テ，有莖筋肉瓣ノ移植ヲ最モ適當ト信ズルモノナリ。併シ既ニ由茅助教授ノ研究ニアルガ如ク，患肢ノ交感神經遮斷法ノ適當ナル一定時期ニ於テハ骨瘻内ニ一過性ニモ無菌的トナシ得ルモノトセラルルガ故ニ，ソノ移植ニ此ノ方法ヲ併用ハ最モ合理的ナルモノナリ。併シナガラ第1例ノ如ク單ニ交感神經遮斷ノミニヨツテ骨瘻ノ治癒ヲ企圖スルガ如キハソノ希望ノ過大ニ失スルヲ知ルベシ。ヨリテ吾人ハ骨瘻ガ既ニ感染性異物ヲ藏セザル状態ニアレバ進ンデ有莖筋肉瓣ノ充填法ニヨリテ骨瘻ノ第一期の癒合ヲ企ツベキモノト信ズ。

### 骨髓内腫瘍(血管内皮細胞腫)ノ手術治驗例

金 將 星 (京都外科集談會昭和15年2月例會所演)

患者：49歳，男子。



主 訴: 1) 兩側下肢ノ知覺並ニ運動障礙, 2) 尿閉並ニ便秘。

現病歴: 約 3 年前ニ何等ノ誘因ナクシテ右側季肋部ニ不快鈍痛ヲ來シ, 咳嗽ニ際シ其ノ疼痛ノ増強スルヲ感シタルガ, 醫療ヲ受ケタルモ根治スルニ至ラズ, 依然トシテ輕度ノ疼痛ハ持續シタリ。其レヨリ約 3 ヶ月後右側下肢ニ「シビレ」感アリ。次イデ左側ニ及ビ臍以下ノ下半身ノ知覺障礙ヲ來ス。約 2 週間前ヨリ膀胱直腸障礙ヲキタシ, 約 1 週間前某病院ニ於テ診斷ノタメ腰椎穿刺ヲ受ケテヨリハ兩側下肢ノ運動障礙頓ニ増惡シ就寢位ヲトリテ今日ニ至ル。

現 症: 體格中等, 稍々羸瘦シ顔貌稍々無力性ヲ呈シ稍々貧血ス。他ニ異常ヲ認メズ。腹部ハ稍々膨滿シ緊張ノ度強シ。脊柱ハ外見上著シキ變形ヲ認メザルモ第 8, 第 9, 第 10 胸椎ノ棘狀突起稍々突出シ咳部ニ叩打痛ヲ訴フ。兩側下肢ハ膝關節ニ於テ少シク屈曲セル位置ヲトリ, 一般ニ萎縮ハ著明ナラズ。下肢ノ自動運動ハ全ク不可能ニシテ膝蓋腱反射ハ兩側共ニ稍々亢進スレドモ「アヒレス」腱反射ハ略々尋常。足搖擲ハ兩側ニ著明ニシテ趾ニ於ケル部位知覺ハ消失ス。バビンスキー氏症候陽性, 腹壁反射及ビ提舉反射ハ消失ス。知覺ハ臍以下ノ下腹部ニ於テ減退シ兩側下肢ニ於テ脫失シ痛覺ハ兩側下肢ニ於テ脫失シ一般ニ右側ニ於テ高度ナリ。溫覺ハ右側下肢及ビ左膝關節以下ニ於テ脫失ス。血液像: 貧血及ビ白血球減少症ヲ認メ, Eosinophilie 及ビ Monozytose ヲ認メタリ。骨髓像ニ於テハ Erythropoese 稍々亢進シ, 單核細胞及ビ形質細胞性網狀細胞ノ増加ヲ認ム。腦脊髄液ノ初壓 51 耗ニシテ 6 耗ヲトリタル時ノ終壓ハ 26 耗ヲ示セリ。ク氏徵候陽性 バンデイ氏反應陽性, ノンネ, アベルト第 1 期陽性, 「キサントクロミー」陽性, 輕度ノ「プレオチトローゼ」アリ。

診 斷: 高位診斷ニ際シテハ神經根刺激症狀ガ腹痛トシテ現ハレ腰痛或ハ坐骨神經痛ヲ缺如セル點、知覺障礙帶ノ上界ヲ明確ニ決定スルコトハ困難ナリシモ知覺脫失ノ上界ハ第 12 胸椎神經根分布區域中ニ存スル點腹壁反射ハ消失シ, 膝蓋反射ハ亢進セル點, 下肢ニ痙攣性痲痺ヲ伴ヒシ點, 並ニ膀胱直腸障礙ガ閉塞, 排尿困難及ビ殘留感等トシテ訴ヘラレ, 失禁ノ狀態ニ非ザルノ諸點ヨリ考ヘテ大體ニ於テ脊椎ヨリ云ヘバ第 10 胸椎, 脊髓ヨリ云ヘバ第 11 乃至第 12 胸髓節ノ高サニ存在スル脊髓腫瘍ヲ考フ。脊髓液檢査ニ依リフアロン・ノンネ氏脊髓壓迫症候群ノ強度ナリシ點及ビ其ノ際ニ於ケル脊髓液壓ノ下降ノ速カニシテ「IT」高度ナリシ點並ニ「ミエログラフィー」ニ於テ第 9 胸椎椎體上緣ニ完全停止ヲ示シ根襄像ヲ呈セル所見ハ之ヲ裏書シタリ。

橫斷位診斷ニ際シテハ痲痺左右不同ニシテ一般ニ右側ニ強度ナリシ點, 既往症ニ於テ述ベタル如ク發生初期ハ偏側性ニ痲痺ガ始リ後ニ兩側性トナリシ點及ビ「ミエログラフィー」ニ於テ沃度油ノ右側ニ偏在セル等ノ諸點カラ右側ニ偏在セル腫瘍ヲ考フ。仍テ第 9 乃至第 10 胸髓ヲ右側ニ存スル脊髓腫瘍ノ診斷ノ下ニ手術的剔出ヲ試ミタリ。

手術所見: 局所麻酔ノ下ニ第 9 腰椎ノ棘狀突起ヲ中心ニ約 20 種ニ互ル弓狀皮膚切開ヲ加ヘ第 8, 第 9, 第 10 胸椎ノ椎弓切除ヲ行フ。硬膜ハ特有ノ光澤ヲ失ヒ幾分白色潤濁ス。硬膜及ビ蜘蛛膜ヲ切開スルニ第 10 胸椎ノ高サニ於テ中心線ヨリ右側ニ偏在シ境界明瞭ナル 1 個ノ膨隆物ヲ認メ軟膜血管ノ怒張著明ナリ。注意深ク腫瘍組織ノ大半ヲ脊髓髓質ヨリ舉上シテ脊髓ヲ觀察セルニ右側下部ニ於テ腫瘍組織ハ髓質ト連絡シ, 全剔出困難ノ狀態ニアリ, 該部ニ於テ脊髓ノ實質ハ左方ニ壓迫セラレ著シキ陷凹ヲ示セリ。表面ニ走ル後根ハ腫瘍ニ附着セル儘切斷シ腫瘍ノ大部分ノ摘出ニ成功セリ。

組織學的診斷: 腫瘍組織ノ病理組織學的檢査ヲナシタルニ單純性血管腫ノ像, 血管内皮細胞ノ著明ナル腫瘍性增生, 毛細血管ノ新生並ニ異型の增生ヲナセル内皮細胞ノ管腔形成傾向ノ極メテ旺盛ナル血管内皮細胞腫ナリシヲ知レリ。

經 過: 術後患者ノ知覺並ニ運動障礙ニ著變ナキモ バビンスキー氏徵候消失シ且ツ尿閉及ビ便秘等ノ膀胱直腸障礙モ輕快シ, 自然排尿及ビ自然排便可能ノ狀態トナリ, 目下其ノ經過ヲ觀察中ナリ。

考 按: 余等ハ最近脊髓内腫瘍ノ症例ニ遭遇シ之ガ剔出手術ヲ行ヒ組織學的檢査ノ結果未ダ脊髓内腫瘍ニ於テ何人モ認メタルコトナキ血管内皮細胞腫ナルヲ確認シ, 脊髓内血管内皮細胞腫ノ組織學的所見並ニ臨牀的事項ニ就キ補遺スルトコロアリタリ。